

....., dnia2021 r.

Wykaz granicznego potencjału technicznego, lokalowego niezbędnego do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych ofertą

Lp.	Nazwa	Wartość wymagana przez Udzielającego Zamówienia	Posiadanie potencjału przez Przyjmującego Zamówienie /prosimy o wpisanie TAK lub NIE/
A	B	C	D
1.	Aparat EKG	TAK	
2.	Podstawowy zestaw reanimacyjny	TAK	
3.	Telefon komórkowy lub inne urządzenie pozwalające na kontakt Oferenta ze Świadczeniobiorcą - 2 sztuki (po jednym dla lekarza i pielęgniarki)	TAK	
4.	Zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 - Prawo farmaceutyczne	TAK	
5.	Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych	TAK	
6.	Stetoskop	TAK	
7.	Glukometr i testy do oznaczania poziomu cukru we krwi	TAK	
8.	Otoskop	TAK	
9.	Zestaw do wykonywania iniekcji	TAK	
10.	Zestaw do wykonywania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych	TAK	
11.	Pakiety odkażające i dezynfekcyjne	TAK	
12.	Środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice)	TAK	
13.	Termometry	TAK	
14.	Maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego	TAK	
15.	Gabinet lekarski	TAK	
16.	Gabinet zabiegowy	TAK	
17.	Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej oraz leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych	TAK	
18.	Pomieszczenia sanitarne	TAK	
19.	Poczekalnia dla Świadczeniobiorców	TAK	
20.	Telefon stacjonarny	TAK	
21.	Stolik zabiegowy	TAK	
22.	Szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów	TAK	

	medycznych i środków pomocniczych		
23.	Lodówka przeznaczona do przechowywania leków	TAK	
24.	Kozetka lekarska	TAK	

UWAGA! Oferent w odpowiednich wierszach w kolumnie D zobowiązany jest:

wpisać - TAK lub NIE

Niespełnienie któregośkolwiek z wymaganych parametrów powoduje odrzucenie oferty.

.....
Data i podpis osoby uprawnionej/osób
uprawnionych do reprezentowania Oferenta